

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Husitská teologická fakulta

**Využití taneční a pohybové terapie u seniorů – Projekt.**

Use of Dance and Movement Therapy  
with Elderly People – The Project.

*Bakalářská práce*

Vedoucí práce :  
Mgr. Hana Dotřelová

Autor :  
Jakub Vlach

Praha 2009

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Haně Dotřelové za odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce, za její podporu a podnětné nápady. Dále bych chtěl poděkovat vedení Domova Sue Ryder Praha a týmu z Denního centra - denního stacionáře Domova Sue Ryder za pomoc a podporu při praxi a hodinách taneční terapie. V neposlední řadě děkuji mým nejbližším za jejich podporu a trpělivost.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Využití taneční a pohybové terapie se seniory – Projekt napsal samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a souhlasím s jejím prezenním zpřístupněním v knihovně UK HTF.

V Praze 14. srpna 2009

Jakub Vlach

.....

## Anotace

V bakalářské práci „*Využití taneční a pohybové terapie u seniorů – Projekt*“ autor vychází ze zkušenosti, kterou získal na praxi v Domově Sue Ryder při pozorování hodin taneční terapie pod vedení školených terapeutů. Autor si sám vyzkoušel praktické vedení hodiny taneční terapie a poznatky v práci popisuje. V práci se snaží dokázat blahodárné účinky taneční a pohybové terapie u klientů, především seniorů postižené demencí.

## Annotation

This bachelor thesis (*Use of Dance and Movement Therapy with Elderly People – The Project*) is based on author's experience gained while observing classes of dance therapy led by experienced therapists during his stay in a Sue Ryder Home. The author himself tried leading a dance therapy class and described his experience in this thesis. The aim of this thesis is to show dance and movement therapy's beneficial effects on clients, especially on those with dementia.

## **Klíčová slova**

Alzheimerova choroba, syndrom demence, senioři, taneční a pohybová terapie

## **Keywords**

Alzheimer's disease, Dementia Syndrome, Elderly People, Dance and Movement Therapy

## Obsah

Poděkování.....	2
Prohlášení.....	3
Anotace.....	4
Annotation.....	4
Klíčová slova.....	5
Keywords.....	5
Obsah.....	6
Úvod.....	7
1 Taneční a pohybová terapie .....	9
1.1 Historický vývoj.....	9
1.2 Taneční terapie jako profese.....	14
1.3 Základní cíle a struktura .....	14
1.4 Využití tanečně-pohybové terapie.....	16
1.5 Role terapeuta.....	16
2 Kathak, klasický tanec Severní Indie .....	18
2.1 Stručná historie.....	18
2.2 Technika tance .....	19
3 Senioři.....	20
3.1 Současný pohled na stáří.....	20
3.2 Motivace starších jedinců k pohybu.....	22
4 Syndrom demence.....	24
4.1 Diagnostika demencí.....	24
4.2 Typy demencí.....	25
4.2.1 Alzheimerova choroba.....	26
4.3 Jak rozumět lidem postižených demencí .....	27
4.4 Desatero komunikace s klienty se syndromem demence.....	30
5 Praxe v Domově Sue Ryder.....	32
5.1 O Domově Sue Ryder.....	32
5.1.1 Denní centrum – denní stacionář.....	36
5.2 Vlastní činnost v Denním centru – denním stacionáři.....	40
6 Taneční terapie s klienty postižených demencí.....	42
6.1 Ukázková hodina taneční terapie – pozorování a asistence.....	42
6.2 Vedení hodiny taneční terapie – Projekt.....	44
Závěr.....	46
Seznam použité literatury .....	47
Seznam příloh .....	49
Příloha č.1.....	50

## Úvod

Pohyb byl odjakživa nedílnou součástí lidského bytí. Prapůvodní podstatou nás samých je touha žít, tedy hýbat se, dýchat. V lidském těle je skryt ten nejdůležitější z tanečních rytmů – tlukot našeho srdce. Hýbat se, znamená se v sobě potkat s přírodou, začlenit se do jejího řádu a harmonie.

Ještě před pár lety jsem si nedovedl představit, že bych na toto téma psal moji bakalářskou práci. K tomu mě přivedl až předmět propedeutika sociálních dovedností s Mgr. Hanou Dotřelovou. Díky těmto vyučovacím hodinám jsem pochopil a pocítil, že pohyb a tanec jsou přirozenou součástí mého života. Při těchto hodinách se mi odkrývali vzpomínky na mládí, dokázal jsem pocítit každou část svého těla, bavit se pohyby. Ztratil se určitý ostych dělat věci před mými spolužáky, no zkrátka to, co mi na naší škole chybělo, když jsem seděl v lavici. K tématu mě také přivedla zkušenost cest po Asii. Tam jsem pocítil opravdovou sílu tance a jeho působení na člověka. Tanec tam je téměř všudypřítomný. Nejslavnější herci musí umět tancovat, jinak by nezískali přízeň svých fanoušků, ženy proto, aby se dvořily svým mužům, děti tancují proto, aby získaly peníze od bohatých turistů, úředníci zas proto, aby si odpočinuli od sedavé práce. Na naše poměry něco nevídaného. To mě samozřejmě oslovit muselo, asi jako každého Evropana, který tuto část naší planety navštívil.

Hlavním cílem je vyzkoušet fungování taneční a pohybové terapie v praxi pomocí vlastního projektu, a zjistit tak své schopnosti vést klienty v taneční a pohybové terapii a pozorovat účinek této terapie na specifických klientech. Ve své bakalářské práci se nejprve budu zabývat fenoménem taneční a pohybové terapie, pokusím se nastínit její historii a vývoj ve světě i v České republice, popíši cíle a obecné využití taneční a pohybové terapie. Poté se zaměřím na její využití v sociální práci. K tomuto účelu jsem si vybral ošetrovatelské a denní centrum Domova Sue Ryder, kde jsem také absolvoval moji školní praxi, kde mají letitou zkušenost s využíváním taneční a pohybové terapie u klientů s demencí pod vedením školených terapeutů.

Od mých dětských let jsem pohybem obklopován. Moji rodiče vždy dbali na to, abych měl dostatek pohybu, proto od svých školních let jsem navštěvoval sportovní oddíly. Chodil jsem i do kurzů tance, ale mé představy o tom, jak má vypadat kreativní a svobodný tanec, zůstaly u společenské formy tancování nenaplněny. Doufám, že mými životními poznatky budu moci taneční a pohybovou terapii obohacovat a ona zase mě.



# 1 Taneční a pohybová terapie

Taneční terapie je formou psychoterapie, ve které jsou hlavním prostředkem změny pohybu. Zatímco vztahy těla a mysli se už dlouho respektují a zkoumají, v moderní západní kultuře se jen málo výzkumu týká využití těla jako léčivého prostředku pro psychické poruchy. Východní kultury tyto vztahy studují daleko rozsáhleji. Mnohé z pohybových forem, jako například Tai-Chi, vznikly za účelem meditace a podpory osobnostního růstu. Spojení „body-mind“ (tělo-mysl), vidí jako systém, který musí fungovat snadno a v harmonii. Porušení plynulosti může poukazovat na psychický a fyzický stres, nebo konflikt. Taneční terapie na těchto předpokladech, na psychologických a fyziologických konceptech staví, a velmi podporuje myšlenku vztahu mysli a těla.

## 1.1 Historický vývoj

Tanec byl dlouho pro svou schopnost vyjádřit život samotným základem existence člověka. Žít znamená pohybovat se, harmonicky fungovat s rytmy svého těla a okolního světa. Ve všech kulturách se první pokusy člověka o komunikaci, historicky i vývojově, objevují v preverbální fázi. Gesta a výrazy těla jednoznačně byla prostředkem k jakémukoliv pokusu sdílet zkušenost. Tak, jak se vyvíjel jazyk a struktura kmenů, tvar života dávalo náboženství, tanec byl neoddělitelně součástí bohoslužby a modlitby, a pokoušel se o strukturování a vysvětlení života : narození, puberty, sňatku i smrti. Byl jedním ze způsobů kontroly nad životem tím, že smířoval se silami, ovládající déšť, slunce, úrodnost země a plodnost člověka. Rytmy a pohyb jednotlivých členů kmene dávaly skupině sílu a jednotu během boje, útěchu ve smutku. Struktura tance umožňovala předávání znalostí kmene na mladší členy. Tanec je jazyk, který využívá jednoty těla-mysli-ducha, aby se dostal do kontaktu s nejhlubšími zkušenostmi, bolestnými i radostnými, pro ty, kteří jsou pozorovateli a kteří se ho účastní. Jeho hluboce primitivní aspekty umožňují empatické chápání.

Marian Chace ( 1896 – 1970) byla původně výrazová tanečnice. Začala vyučovat tanec po skončení své kariéry v Denishaw Company v roce 1930 (Denishaw Company byla založena v roce 1915 Ruth Saint Denis – její choreografie byly inspirovány orientálními vzory a Tedem Shawnem). Během svých hodin si psala různé poznámky. Díky nim i díky svému pozorování zjistila, že někteří studenti vyjadřovali při tanci své vnitřní emoce (samotu, plachost, strach atd.), přestože šlo o pouhá technická cvičení. Začala u nich klást větší důraz na svobodu pohybu než na techniku. Tohoto poznatku později využívala s osobami, jež měly problémy s verbální komunikací.

V tomto čase k ní doktoři z komunity začali posílat některé své pacienty : děti neschopné socializace, či pacienty s pohybovými problémy. Nebo sama jednou za čas docházela do nemocnice v St. Elizabeth. Je zajímavé, že byla první, státem zaměstnanou taneční terapeutkou. Pracovala s citově (emocionálně) problematickými pacienty. Snažila se jim pomocí tance otevřít pohled na ostatní lidi. Někteří z nich byli schizofrenici a jiní trpěli posttraumatickým stresem ze své práce. Úspěchem pro tyto pacienty bylo, že byli schopni se zúčastnit těchto hodin, kde se pracovalo s pohybem na rytmickou hudbu. Chace kdysi řekla : „Toto rytmické působení společně s ostatními přineslo jako výsledek to, že se cítily dobře a uvolněně, bylo jim ve skupině příjemně.“

Ingard Bartenieff (1900 – 1981) je známa jako fyzioterapeutka, taneční terapeutka, pohybová analytička, vědecká pracovnice a spisovatelka. Jako jedna z prvních se začala zajímat o souvislosti mezi pohybem a mentálním zdravím, mezitím co pracovala s pacienty trpící dětskou obrnou. Není tedy divu, že i ona stála u zrodu Americké asociace taneční terapie.

Svůj první taneční trénink absolvovala ve dvacátých letech 19. století v Německu, kde studovala s Rudolfem Labanem. Poté, co se v roce 1936 odstěhovala se svým mužem do New Yorku , dávala lekce Labanotace a vyučovala je jako pohybovou terapii. Zpozorovala, že paralýza jednoho svalu ve svalové skupině (způsobena dětskou obrnou) může narušit celý pohybový aparát, například u chůze. Nemohla dlouho najít vysvětlení, až jí pomohla koncepce trojrozměrnosti (Effotr graf). „Bylo to moje odhalení,“ říká Bartenieff. „Viděla jsem věci v různých kontextech. Jsou limitováni, ale většina lidí má

potenciál, který nedokáže využít.“ Dále říká: „Noví studenti ve vzdělávacím programu zažijí zmatek, obohacení a úzkost, když začínají postupnými kroky překonávat svoje obvyklé limity, ale po dvou nebo třech letech se jejich pohyby radikálně změní. Většina studentů přichází s malým nebo neuceleným tanečním tréninkem, Bartenieff's Fundamentals jim pomohou rozvíjet pohybové schopnosti.“

Bartenieff založila v New Yorku roku 1965 Effort/Shape Certification Program at the dance Notation Bureau. Nyní je - po dlouhých letech intenzivních kurzů - nazýván The Certificate Program v Labanově pohybovém studiu a je uveden pod Laban/Bartenieff Institute of Movement Studies, kterou založila roku 1978. Důležitou složkou jejího programu byla její pohybová terapie.

I ostatní tanečníci začali využívat ve 40. letech 20. století taneční terapii, aby pomohli lidem cítit pohodlněji sebe i své tělo. Mezi tyto tanečnický patří i Mary Whitehouse (1911 – 1975), která byla učitelkou moderního tance a věnovala se pacientům v privátní praxi. Později se zajímala o analýzu C.G. Junga a její využití v taneční terapii. Rozvinula proces, který nazvala „pohyb v hlubině“. Jednalo se o rozšíření jejího porozumění tance, pohybu a hlubinné psychologie. Snažila se, aby její pacienti byli schopni spontánního pohybu, který nazývala „autentickým pohybem“. Věřila, že skrz tento pohyb člověk může proniknout až do nevědomí a dostat se k archetypům, jež mají schopnost odhalit skryté stránky osobnosti a vyvolat změnu jejich uvědomění. C.G. Jung tvrdí, že existuje tzv. kolektivní nevědomí, které je tvořeno symboly a obrazy – archetypy – které se objevují v každé civilizaci. Archetypy jsou podle Junga pravzory pocitů a vnímání, pravzory lidské existence vůbec. Jung tvrdí : „ Nejhlubší vrstva, kam můžeme při našem zkoumání nevědomí dosáhnout, je vrstva, kde už člověk není rozlišitelný jedinec, ale kde se jeho psýché rozšiřuje a noří do psýché lidstva – ne do vědomí, ale do nevědomí lidstva, kde jsme všichni stejní.“ Dále dodává : „Dlouhá léta se zabývám mytologií mnoha národů světa. Mytologizování je pro rozum sterilní spekulací, pro cit však znamená léčivou životní aktivitu, dává existenci lesk, který by člověk nechtěl postrádat. Kdo mýtus popírá, jde vstříc nicotě. Kdo je na archetyp navázán, sleduje stopy života až k smrti. Oba jsou sice v nejistotě, jeden však proti svému instinktu, druhý

ve shodě s ním, což znamená značný rozdíl a přednost ve prospěch druhého..“

Podle Whitehouse taneční terapie řeší minulost a ve stejný okamžik buduje novou přítomnost tím, že zbavuje člověka zbytečných napětí. Má fáze práce s nevědomím a vědomím. Stresy a napětí se nejprve objeví v pohybu a pak si je klient uvědomuje.

Jak ve Velké Británii, tak i v USA se tanec při léčbě začal využívat před více než padesáti lety. Jeho využití v těchto zemích se vyvíjelo do určité míry odděleně, ačkoliv obě větve byly vždy v kontaktu, postupem času se k sobě přibližovaly.

V Británii je tanec dlouhou dobu, zvláště na základních školách, tradičně považován za jeden ze základních výchovných předmětů. Poznání, že tanec a pohyb mají potenciál využitelný v rehabilitaci a terapii, se rozvíjí již ve čtyřicátých letech.

Významnou osobností ve vývoji tance a pohybu byl v Británii Rudolf Laban (1879 – 1958). jeho přínos spočíval v systematickém popisu a kategorizaci pohybu. Labanova analýza a kategorizace pohybu podstatně přispěla k množství další odborné literatury o neverbální komunikaci. Jeho počáteční myšlenky o pohybové terapii jsou obsaženy v článku sepsaném v roce 1949. Jeden z jeho studentů, Warren Lamb, jeho analýzu rozšířil na podkladě svých zkušeností se školením manažerů o kategorii, zaměřující se na pozici těla (Lamb 1979).

Po Labanově analýze pohybu a zapojení tance do výchovy začali jeho následovníci prosazovat tanec i pohyb v léčbě a terapii. Sherborne (1974), Wethered a Gardner (1986) používali Labanovy poznatky již od čtyřicátých let. Teoretici jako North (1972) jeho myšlenky později rozšířili o souvislosti pohybu a osobnostních rysů. Další, např. Bainbridge a kol. (1953), využili tanec v psychiatrii, Oliver (1968, 1975) ho úspěšně aplikoval v nemocnicích a školách pro mentálně postižené.

V padesátých letech vzdělávací instituce, např. tehdejší West Riding a Manchester, začaly poprvé propagovat Labanovy poznatky při vzdělávání učitelů na jejich základních a středních školách. Vyškolily učitele základních škol a učitele tělocviku středních škol v aplikaci Labanových poznatků na pohybovou a taneční výchovu s důrazem na kreativní přístup a skupinovou práci.

Brzy začaly Labanovy myšlenky v programech taneční a pohybové výchovy využívat všechny vzdělávací instituce. Tehdejší, na dítě zaměřená filozofie výchovy, podpořila v Anglii tento způsob práce. Byla schválena Úřadem pro vzdělávání a vědu jako moderní výchovný tanec (Foster, 1977).

V Americe, specifická terapie využívající tanec a pohyb, se začala rozvíjet od roku 1966, kdy byla založena profesionální asociace, American Dance Therapy Association (ADTA, Americká taneční terapeutická asociace). Americká odborná literatura ze šedesátých a sedmdesátých let popisuje, jak průkopníci taneční a pohybové terapie vnímali terapeutický proces (Chace, 1975). Bylo zjištěno, že zážitky z tance a pohybu mnoha způsoby pomáhají skupinám mentálně a tělesně postižených lidí.

Ve Velké Británii zkoušely od šedesátých let těmito metodami pracovat malé, relativně izolované skupiny učitelů tělesné výchovy, speciálních pedagogů, učitelů tance, sociálních a rehabilitačních pracovníků, psychologů, pracovních terapeutů a dalších. Pracovali s různými skupinami klientů, jako jsou psychiatrickí pacienti, mentálně postižení, autisté, mladí delikventi, starší lidé, narkomani a ohrožené děti.

Odborníci ve Velké Británii v současnosti definují hranice profesionální taneční a pohybové terapie a ustavují její jasné základy. Tento boom se však ve Velké Británii rozvinul později, než terapie využívající ostatní druhy umění, než taneční a pohybová terapie v Americe. Důvodem byla izolovaná práce odborníků a nedostatek zpráv o jejich činnosti.

The Association for Dance Movement Therapy (ADMT, Asociace taneční a pohybové terapie) byla formálně založena v roce 1982. Mezi její cíle patří podpora výuky a šíření taneční a pohybové terapie, poskytuje společnou základnu odborníkům pracujícím v této oblasti.

Nepodařilo se mi zjistit žádné bližší informace o historii taneční a pohybové terapie v České republice. Z literatury vím jen to, že největší rozmach u nás nastal v polovině 90. let minulého století a je neustále v nárůstu. V roce 1996 se v Praze konala první přednáška pod vedením Americké asociace tanečních terapeutů nazvána U.S. Taneční umělci v Praze.

Rok poté následoval v pražském Duncan Centru první tříletý výcvik v taneční a pohybové terapii. Centra výuky a možnost kurzů taneční a pohybové terapie jsou dnes již v každém univerzitním městě (Praha, Brno, České Budějovice, Opava...). V roce 2002 byla založena Česká tanečně-terapeutická asociace. Vše je pod záštitou ADTA, Duncan Centre, Nadací pro rozvoj občanské společnosti a Společností pro taneční a múzickou výchovu.

## **1.2 Taneční terapie jako profese**

V současnosti se vyskytují dva pojmy - „taneční“ a „pohybová“ terapie. „Tanec“ přeměnily na pohyb ti, kteří se chtěli oddělit od tance jako uměleckého oboru. Slovo tanec má v naší kultuře úzký význam. Termín je díky tomuto zaškatulkování mnohdy špatně pochopen, pokud se používá v rámci terapie. Jednotliví terapeuti se liší také používáním nebo nepoužíváním hudby. Ti, kteří ji používají vzácně a spíš se spoléhají na vnitřní rytmy pacienta, častěji volí termín pohybová. Nicméně, rytmická kvalita pohybu, zejména pohybu ve skupině, koncepty v prostoru, času, síly a rovnováhy, mají kořeny v samotném tanci.

Mnozí věří, že je důležité udržet identifikaci s tancem jako uměleckým oborem, protože je to právě rovnováha mezi uměním a vědou, která činí terapeutické použití tance tak hodnotným a úspěšným. Vyskytly se jiné snahy najít popisný pojem, například Shoop a Salkin používají termín technika tělesného ega. Ale všechny snahy vedly zpět k pojmu taneční a pohybová terapie. Tak, jako ve všech oborech, pochopení principů je důležitější, než lpění na názvu.

## **1.3 Základní cíle a struktura**

Cíle taneční terapie jsou zároveň obdobné jako u jiných terapií. Jedná se zejména o prohloubení vědomí sebe sama, rozvoj empatie a emoční inteligence, posílení sebevědomí a víru ve vlastní schopnosti, zlepšení sebehodnocení, jasnější vnímání druhých, vytváření uspokojivých vztahů a schopnosti přijmout volbu a učinit volbu pro sebe, to jsou v zásadě výsledky terapeutického procesu. Specifické cíle taneční terapie vycházejí z potřeb

klientů, například zlepšení držení těla a senzomotorické koordinace, uvědomění si vlastního těla a emocí, rozvoj adekvátních interpersonálních vztahů, uvolnění, odblokování komunikačního kanálu atd. Taneční terapie tedy přijímá fakt, že mysl a tělo jsou částí téhož výrazu, a zaměřuje se na pohybovou změnu. Změnou je lepší porozumění tělu a jeho signálům, což jedinci dovolí rozšířit rámec pohybů, a tak má možnost učinit volbu, má více možností jak se srovnávat se životem. Každý člověk by měl odpovídajícím způsobem vnímat a reagovat na své vlastní pocity a na druhé, což by mu mělo dát svobodu spontánně používat tělo a jeho pohyby jako expresivní prostředek s jasným vztahem k právě probíhajícím myšlenkám a pocitům.

Ačkoliv jde o hledání toho, jak lidem dovolit najít jejich vlastní pohyb a vytvořit si spontánní reakce, musí tomuto hledání terapeut poskytnout strukturu. Je potřeba určit limity možného chování, dostatečně široké, aby si klient mohl rozšířit své zúžené hranice, ale aby byly jasně přítomné meze v případě, že nastane potřeba kontroly. Struktura, kterou stanovujeme v hodině taneční terapie, by měla být primárně bezpečná a podporující. Pohyb je vnímán jako radostná zkušenost, radostné je dokonce prožívání smutku a hněvu, jestliže byly doposud příliš zadržované. Pohyb není nikdy hodnocen jako dobrý nebo špatný. Občas může být neadekvátní nebo omezený, vždycky se jedná o individuální vyjádření jedince, takovým způsobem, jakým v daném okamžiku může reagovat. Je důležitý pocit tance, ne odhalení toho, co jejich těla nemohou udělat, ale toho, co mohou udělat. Toho, co je jim přirozeně k dispozici, radosti, rytmu a energie, které jsou jejich oprávněným dědictvím.

Člověk je to, na co se zaměřuje, pohyb a tanec jsou nástroji. Techniky se mohou lišit, ale existují základní cíle, společné pro všechny taneční terapeutky. Taneční terapeuti používají své dovednosti, kreativitu a spontaneitu k tomu, aby umožnili ostatním prožívat se na rovině tělesných vjemů a impulsů, umožnili jim komunikaci pomocí akce těla. Terapeut musí mít nejen bohatý pohybový slovník, musí také znát své reakce a vzkazy, které svým tělem vysílá. Komunikace musí být přímá, jednoduchá, kterou nelze slovy zakrýt. Ačkoliv je role terapeuta často aktivní, musí dbát na to, aby aktivita vycházela z potřeb skupiny nebo jednotlivce, ne z potřeb terapeuta. Zkušenost je taková, že jako jeden

ze spolupracovníků ve skupině, odkrývá mnohdy intimní fakta o klientovi, vzájemných vztazích a okolí.

## **1.4 Využití tanečně-pohybové terapie**

Rámec uplatnění tohoto směru v terapii se nedá ostře ohraničovat. Využití můžeme nalézt v mnoha oblastech a oborech. Obecně můžeme říci, že lidé, kteří potřebují taneční terapii, mají hudbě co sdělovat svým tělesným pohybem a vnitřním napětím, i když si nemusí být vědomi reálného obsahu celé věci. Ve světě byla nejvíce tanečně-pohybová terapie uplatňována při práci s hospitalizovanými psychotickými pacienty. (Čížková, 2005)

V České republice, tedy podle mého osobního průzkumu, se využívá nejvíce taneční a pohybová terapie v práci se seniory. A to asi díky panu Petru Veletovi, který provádí školení v nejrůznějších zařízeních pro seniory po celé republice. Dnes už jsou desítky takových zařízení, která využívají taneční terapii v práci s klienty, především nestátních.

Nejčastější poruchy klientů, u nichž je využívána tanečně-pohybová terapie :

1. Obtíže ve verbální terapii, neschopnost vyjadřovat své pocity.
2. Poruchy způsobené nerealistickým vnitřním obrazem těla.
3. Výrazné napětí v těle, chudý emoční projev, nekorigovaná hyperaktivita pohybu.
4. Somatické bludy a zvláštní obavy o své tělo.
5. Problémy v komunikaci.

(Čížková, 2005)

## **1.5 Role terapeuta**

Podle psychoterapeutické teorie můžeme hovořit o třech hlavních proměnných, které jsou hlavním pilířem vztahu mezi klientem a terapeutem :

1. Terapeutův postoj – akcepce, vřelost a úcta.
2. Terapeutova schopnost vysokého empatického chování.
3. Terapeutův osobní rys projevující se autenticitou.



Role terapeuta v taneční a pohybové terapii spočívá především v tom, že nabízí stimulující interakci a přijetí. Setkání klientova a terapeutova pohybu se setkávají na stejné úrovni, při čemž si sdělují: „Rozumím tomu, co mi říkáš?“ Terapeut by měl rovněž nastavit hranice pro činnost a poskytnout dostatek bezpečnosti. Stejně jako u jiných terapeutických směrů i v tanečně-pohybové terapii je důležitější terapeutova vlastní zkušenost a poznatky než teoretické znalosti.

Především by měl ovládat pohybové, taneční a dramatické prvky, které v praxi uplatní nejlépe. Měl by dobře znát svou pohybovou škálu a být schopen přijímat impulsy a signály přicházející z jeho těla. Měl by se zaměřovat na pohyby, které používá při svých terapeutických hodinách málo nebo vůbec, aby byl na tyto pohyby připraven a naučil se s nimi pracovat.

Také je dobré vědět, že lehkost v pohybu se nejlépe uplatňuje na okraji horní části těla, nejsnadněji ji můžeme podpořit pomalými pohyby, nepřímým vztahem k prostoru.

Terapeut musí dbát na to, aby udržoval vztah mezi klientem na úrovni terapeut-klient, ne herec-divák. To platí především u terapeutů, kteří jsou zároveň vystupujícími tanečníky. Někdy se stává, že klient bývá ladnými a půvabnými pohyby zaskočen, protože sám působí těžkopádným dojmem. Terapeut musí předem odhadnout situaci a nenechávat se unést vlastním tělem, pracovat hlavně pro klienta. (Čížková, 2005)

## **2 Kathak, klasický tanec Severní Indie**

Tento tanec jsem se rozhodl popisovat proto, že před dvěma lety jsem měl tu možnost pobývat měsíc v Severní Indii, kde jsem byl okouzlen dynamikou tohoto tance při hinduistických slavnostech. Dýchla na mě jakási mystičnost a vůně orientu, tedy přesně to, co jsem viděl dříve jen v pohádkách nebo televizních dokumentech z tohoto území. Zaujala mne souhra hudebníka s tanečnicí. Dodnes se mi nepodařilo zjistit, jestli celé představení byla improvizace s jasným motivem, nebo předem přesně připravené kroky a pohyby. Na mě osobně to působilo jako něco, čemu jazzový mistr říká jam session, takže jsem spíše přemýšlel o té improvizaci.

Na mé cestě jsem téměř všude spatřoval tancující lidi. Ne vždy byl tanec spojován s náboženstvím. Například před jednou administrativní budovou v Novém Dillí využívali úředníci odpolední přestávku nejen k jídlu, ale především k pohybu. Byla to jakási rozcvička, zřejmě Tai-Chi, které do Indie doputovalo ze sousední Číny. S Tai-Chi jsem se poprvé setkal na mé školní praxi v domově seniorů na Zahradním městě, kde vedla cvičení se seniory jedna externí pracovnice tamního zařízení. Bylo hezké pozorovat, jak staří lidé najednou zjišťovali své pohybové schopnosti a možnosti. To jim samozřejmě přinášelo i „viditelné“ duševní blaho.

### **2.1 Stručná historie**

Klasický tanec Severní Indie byl na počátku předváděn v chrámech jako vzývání a oběť bohům. V době mughalské okupace (kolem roku 1526 n.l.) byl tanec v chrámech zakázán a přesunuje se na knížecí nádvoří, kde literární obsah tance ustupuje čisté technice. Nicméně ve vyprávěcích částech hinduistické mýty a legendy pokračují. Klasický kathak prezentuje pouze jeden tanečník, který je spíše vypravěčem. Dnešní kathak velice vyspěl, zaznamenal důležité změny ve svých formách a tanečníci vymýšlejí moderní choreografie tance.

## 2.2 Technika tance

Technika kathaku se opírá o rozvinutou choreografickou řeč, znázorňovanou mudrami (gesta rukou), rytmickými pohyby nohou, expresí obličeje a figurativními pozicemi těla. Práce nohou je prováděna na bázi rytmických celků. Pracovník má na nohou uvázané „ghungaru“, rolničky a rytmické ozvuky úderů nohou jsou obdivuhodně synchronizované s gestickými pozicemi horní části těla. Velký důraz je také kladen na piruety a skoky prováděné v rytmu. Učitel vede žáka až k virtuozitě ve všech skladebných částech tance. Vedle elementů čisté techniky zůstává kathak i nadále převyprávěním mýtů a legend starověké Indie. Pozice těla a gesta představují hinduistické božstvo a legendární postavy. Tanec ve své předváděcí části interpretuje lidské emoce a může se stát originálním podkladem pro divadelně poetický výraz.

Tanec kathak má své kořeny ve staré Severní Indii a pochází od nomádských bardů známý jako Kathaks, neboli vypravěči pohádek. Tito bardové předváděli svá představení na náměstích vesnic a dvorech chrámu. Vystoupení byla převážně zaměřena na vyprávění mytologických a mravních příběhů. Příkrášlovali je gesty rukou a výrazem obličeje. Bylo to typické divadlo, které používalo instrumentální a vokální hudbu se stylizovanými gesty, jež oživilo vyprávěné příběhy. S příchodem kultury Mughal se kathak stal sofistikovaným druhem umění a byl chráněn milovníky umění. Tanečníci kathaku pracovali na kultivaci jeho výrazových a rytmických aspektů, poskytovali potěšení publiku svým mistrovstvím v rytmu a mimické stylizaci. Dnešní technika kathaku je charakterizována rychlou rytmickou prací nohou (laikari), uspořádanou do série cyklů. Práce nohou je spojena s doprovodnými nástroji jako jsou tabla a „packawaj“, tanečník a tablista často vychutnávají předvedení rytmického kouzla. Taneční pohyb zahrnuje množství otoček (tor) provedených v bleskové rychlosti ukončených stabilní pózou. Vypravěčská část je založena na příbězích Rádhy a Krišny (Šivy a Párvatí) a ostatních mytologických postav. Obsahuje jemná gesta a výrazy obličeje. Lucknow, Baranas a Jaipur jsou tři školy, nebo-li gharanas, kde bylo toto umění učeno a kde výrazové a rytmické části byly dovedeny téměř k dokonalosti.

### 3 Senioři

„Mnohé problematické chování je prostě výsledkem toho, že osoba nemá co dělat. Dokud zůstane za aktivační program seniorů zodpovědný jenom jeden nebo několik málo pracovníků, zůstane to nadále problémem. Jestliže však každý, kdo přichází do styku s postiženou osobou, bude mít pocit zodpovědnosti za to, jak ta osoba tráví svůj den, vyřeší se mnoho problémů. Člověk nemusí být aktivní po celý den. Musí mu zbýt čas na rozjímání, pozorování i prosté bytí. Program však musí vyhovovat každému jednotlivci. Je proto zapotřebí individuálního plánování s jasně určenými cíli. Plán musí být pravidelně vyhodnocován, aby se zabezpečilo, že vychází nadále vstříc potřebám, schopnostem a zájmům postižené osoby.“ ( Zgola, Jitka M.: Úspěšná péče o člověka s demencí, Grada, Praha 2003. - str. 90 )

#### 3.1 Současný pohled na stáří

Já osobně zastávám názor, že jsme tak staří, na kolik let se sami cítíme. Nemám rád slovo věk, protože často škatulkuje lidi do různých kategorií, přisuzuje jim různá specifika a očekává, že tam bude každý patřit. Když se tak neděje, jsme velmi překvapeni a řešíme to tak, že se jedná o vyjímku a škatulku tam dále necháme. Jak jsem se již snažil naznačit, existují různé pohledy na stáří, tedy i různé definice. Důležité je připomenout, že mezníkem pro určení stáří je vymezení kalendářního věku a funkčního věku. Stárnutí lze považovat za přirozený a biologicky zákonitý proces, který se projevuje sníženou adaptační schopností a úbytkem rezerv. Není výjimkou, že jedinci stejného věku mívají značně rozdílný biologický věk. Většina odborníků gerontologie uvádí, že o délce života člověka rozhodují ze 60-70% genetické faktory a ze 30-40% vnější podmínky. Stárnutí lze rozdělit na dva procesy. Jedním je stárnutí jako obecné biologické změny spojené s věkem jedince, které jsou nezávislé na aktuálním zdravotním stavu nebo na vlivech prostředí. Druhý proces naopak odráží zdravotní stav (jeho klinické symptomy) a vliv okolí (Hersey 1984,1989).

Pro zpomalení stárnutí bývají uváděny jako rozhodující tři základní faktory (Spirduso, 1995) :

- zlepšení kvality výživy a snížení celkového objemu konzumovaných potravin
- přiměřený obsah obecných aktivit (duševních i pracovních)
- odpovídající objem tělesných a relaxačních cvičení.

Vztah ke stáří bývá významně ovlivněn již v dětství. Záleží proto na rodičích a na přístupu k jejich vlastním rodičům. Příklad chování, který dávají svým dětem, poskytuje model jednání, jaké od nich mohou sami ve stáří očekávat.

„Na jedné straně chceme stáří ctít, milovat, na druhé straně nás dráždí svou pomalostí, zevnějškem, svou zdánlivou neschopností. Staří nám nevědomky připomínají naši vlastní perspektivu, s níž se nechceme ztotožnit.“ (Štilec, M.: Program aktivního stylu života pro seniory. Praha, Portál 2004. -str. 14).

Kant ve filozofickém pojednání „Kritika soudnosti“ říká: „ K poznání o sobě se člověk musí dopracovat úsilím, poznatky a věkem.“ Sám dospěl k závěru, že stáří je pouze závěrečnou etapou života, o který rozhoduje celý život svými postoji, jednáním chováním a celkovou pílí. Jde pouze o vyústění celoživotního snažení. Nelze tedy podat univerzální návod na šťastné stáří, který by mohl být jednoduše naordinován, bez ohledu na styl předchozího života (Wolf, 1982).

Dnešní člověk chápe stáří jako nutné zlo. Je to zřejmé, protože naše doba oslavuje spíše mládí, krásu, zdatnost, ale především výkon. Nevidíme ve stáří zkušenost, moudrost a vyrovnanost jako naši předkové, kteří ho i umělecky ztvárňovali. Rozpačitě se ptáme, co má být obsahem této životní etapy. Neuvědomujeme si, že forma i obsah stáří je dána obsahem i stylem dosavadního života, že stáří je pouze vyvrcholením individuálního přístupu, naší jedinečnosti (Haškovcová, 1989).

Umění stárnout je umění žít, prožívat uspokojivě a plnohodnotně celý svůj život, žít v přítomnosti jako v průsečíku minulého a budoucího života (Wolf, 1982).

Z toho všeho vyplývá, že lidské myšlení, společenské vědomí, tedy i představy o stáří jsou odrazem našeho společenského bytí a prostředí, ve kterém žijeme.

### **3.2 Motivace starších jedinců k pohybu**

Motivace a ovlivňování seniorů k aktivnímu stylu života, jehož nezbytnou součástí jsou tělovýchovné aktivity, je úkol velmi náročný a dlouhodobý. Touto závažnou problematikou se zabývají všechny ekonomicky vyspělé státy světa, jsou však úspěšné stále jenom částečně. Proto ve stručnosti uvádím jenom některé výsledky „Kritické analýzy empirických studií“ (Schick, 1998), která studuje limitní faktory ovlivňující účast lidí starších 50 let na aktivní tělovýchovné činnosti. Je známo, že pravidelná pohybová činnost této věkové kategorie je značně malá.

#### **1. Jakou motivaci mají starší lidé k pohybovým aktivitám?**

Bylo zjištěno následující pořadí motivací :

- okruh přátel, kteří mají sami vztah k pohybu
- doporučení lékaře nebo odborníka, zdravotní důvody
- příklad rodinného prostředí

#### **2. Jaké bariéry jim stojí v cestě, proč nejsou aktivnější ?**

Za nejvýznamnější se považují :

##### **a) osobní faktory, které se dále člení :**

- fyzické - nejčastěji zdraví, nemoc, zdatnost
- psychické - například očekávání kladného prožitku, který se nedostaví, necítí se sportovcem, je jim dobře i bez sportu, pohodlnost

##### **b) faktory blízkého okolí, které se dále člení na :**

- sociální - nechápe ho okolí, je mu to vytýkáno, je zesměšňován...
- ekologické - špatná doprava, časově náročné zaměstnání

### 3. Jaké důvody převládají při zanechání pravidelnější pohybové činnosti?

Nejčastějšími příčinami jsou :

- zdravotní objektivní, lékařsky ověřitelné – nemoc, zranění
- zdravotní subjektivní – pocity únavy, ochabnutí zájmu, výmluva
- osobní rozhodnutí, krátkodobé zaměstnání, péče o členy rodiny

„Psychologové uvádějí, že k věrnosti setrvání (adherenci) v pravidelném cvičení nestačí pouhé vědomí, že je to užitečné pro zdraví a dlouhý život, čili racionální motivace. Lidé samozřejmě potřebují i emoční prožitek z pohybu, radost z atmosféry a družnosti, která k pohybu patří.“ (Štilec, M. : Program aktivního stylu života pro seniory, Praha, Portál 2004. - str. 25)

## 4 Syndrom demence

Demence pochází z latinského demens, tedy de = mimo a mens=duch - ten, kdo ztratil ducha, nebo také pokles úrovně duševní činnosti. Syndrom demence je jedním z nejčastějších onemocnění. Alzheimerova nemoc, která je ve vyspělých zemích jeho nejčastější příčinou, se v těchto zemích považuje za čtvrté až páté nejčastější základní onemocnění vedoucí ke smrti. Demence není postižení jednoho člověka. V některých aspektech postihuje více než jiné choroby také ostatní členy rodiny a klade značné a stále nároky na společnost.

### 4.1 Diagnostika demencí

Již ve třicátých letech minulého století byl zřejmý vztah demence ke stáří. Diagnóza syndromu demence je osudové rozhodnutí, které současně znamená přesné rozlišení, co přesně syndrom demence není.

Nejjednodušší orientační test, který zabere jen několik minut času :

- 1) Klienta se zeptáme na časoprostorovou orientaci (místo, rok den, měsíc).
- 2) Po vysvětlení co a proč se bude dít, klientovi sdělíme názvy tří jednoduchých předmětů (míč,strom,auto), na které se po pěti minutách zeptáme znovu.
- 3) Mezitím necháme klienta odečítat sedmičky od stovky.

Tento zcela orientační test zopakujeme s odstupem čtyř týdnů.

(Kouklík, Jiráček, 1999)

Podezření na syndrom demence nebo jeho vývoj budí jakákoliv porucha časoprostorové orientace, neschopnost vybavit si po pěti minutách alespoň dva ze tří jmenovaných předmětů a neschopnost určit výsledek alespoň jednoho nebo dvou odečítání. Diagnostika onemocnění patří však do oblasti medicíny, diagnostika symptomů do široké oblasti nápomocných disciplín.



V medicíně platí zásada, že diagnózy se nedokazují, ale vylučují. Proto bychom spíše měli hledat důkaz, který diagnózu demence vyvrací.

Demence jsou velmi časté choroby, především vyššího věku. Nejvíce postihují kognitivní funkce – paměť, intelekt, pozornost, motivaci. Nejnápadnější projevy pro okolí bývají poruchy paměti. Postupně se k tomu přidávají i poruchy dalších funkcí. Bývá postižena emotivita – afekty a nálady, v průběhu demence se mohou vyskytnout depresivní stavy. Někdy dochází k poruchám vnímání – iluzím a halucinacím. Vždy se rovněž objevují poruchy osobnosti.

V průběhu demence dochází k těžké degradaci osobnosti, s kterou se úměrně snižuje schopnost péče sama o sebe, schopnost provádět běžné denní úkony.

## **4.2 Typy demencí**

Demence rozdělené podle Švédského schématu (Swedish Consensus on dementia disease):

### **1. Primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence**

- Alzheimerova choroba
- Korová nemoc s Lewiho tělísky (varianta Alzheimerovy choroby)
- Demence při Parkinsonově chorobě
- Huntingtonova choroba (geneticky podmíněné onemocnění)
- Pickova choroba

### **2. Ischemicko-vaskulární demence**

Způsobuje je více faktorů dohromady. Dochází k nedostatečnému prokrvování a okysličování mozkové tkáně a ke snížení mozkové látkové přeměny. Proto do této skupiny řadíme :

- Multiinfarktová demence (mnohočetné infarkty mozkové kůry).
- Vaskulární demence s náhlým začátkem.
- Binswangerova choroba (vznik díky vysokému TK, poškození podkorových mozkových oblastí).

### 3. Symptomatické (sekundární) demence

Způsobuje je více nemocí, úrazy a intoxikace. Do této skupiny řadíme :

- Demence infekčního původu (např. demence při AIDS).
- Demence působené nekonvenčními infekčními činiteli (např. Nemoc šílených krav).
- Poúrazové demence.
- Demence při mozkových nádorech.
- Paraneoplastické demence (vznikají při nádorových onemocněních i mimo oblast mozku).
- Demence na podkladě chronických intoxikací (např. alkoholová demence).
- Metabolicky podmíněné demence (demence při selhávání ledvin nebo jater)
- Demence při poruchách žláz s vnitřní sekrecí.
- Demence při nedostatku některých vitamínů.
- Demence na podkladě hydrocefalu s normálním tlakem mozkomíšního moku

#### 4.2.1 Alzheimerova choroba

Tento typ jsem si pro jeho popisování vybral proto, že je tím nejrozšířenějším typem, na praxích, které jsem prováděl, touto demencí trpěla převážná část klientů.

Alzheimerova choroba patří mezi druh demence ze skupiny primárně-degenerativních poruch v mozku. To znamená, že způsobuje poruchu nebo úpadek jeho činnosti. Dochází při ní k zániku některých mozkových buněk a ke změně látkové přeměny v mozku. Projevuje se poruchou takzvaných kognitivních funkcí – myšlení, paměti a úsudku.

Nemoc začíná pozvolna. Obvykle se nejprve zhorší krátkodobá paměť. Nemocný není schopen vykonávat některé složitější činnosti. Například zabloudí cestou domů z obchodu, kam chodí každodenně nakupovat. Přidává se zmatenost a obtíže s rozhodováním. U klienta si můžeme všimnout ztráty zájmu o jeho záliby. Časté jsou i celkové změny osobnosti.

Rychlost dalšího vývoje je u každého jiná. Přidávají se problémy s vyjadřováním a rozhodováním, klienti obtížně dokončují myšlenku. Ztrácejí orientaci v prostoru, bloudí, mají špatný časový odhad. Jsou zmatení. Znáte je několik let, náhle se během pár dní se změní. Celá jejich osobnost se mění. Stane se, že vůbec nepoznají své blízké. Onemocnění se stále zhoršuje až do stadia, kdy se nedokážou postarat sami o sebe a jsou závislí na pomoci druhých.

Podle lékařů se Alzheimerova choroba charakterizuje úbytkem nervových buněk a ukládání škodlivých bílkovin v mozku. Přesné příčiny těchto poruch nejsou známy. Jen je známa řada rizikových faktorů, ale už ne tolik spouštěcí mechanismy této choroby. Velmi důležitá je včasná diagnóza a následná péče. Právě u této choroby je velmi vhodnou metodou, jak komunikovat s takto postiženým klientem, reminiscenční terapie.

#### **4.3 Jak rozumět lidem postižených demencí**

Tato choroba naprosto změní osobnost a neuvědomíme-li si tyto skutečnosti, dochází ke komplikacím v komunikaci a častým nedorozuměním. Musíme si být tedy plně vědomi toho, co vše může tato choroba způsobit a vyvarovat se neadekvátním reakcím. Díky dostatečným vědomostem o této chorobě, dostaneme široký náhled, odstup, objektivitu. Získáme tedy i nové dovednosti. Umožníme tím i klientům, aby se při komunikaci s námi cítili lépe.

U osob s demencí dochází k postupné změně schopností aktivně používat jazyk. Verbální vyjadřování se stává obtížnější. Nakonec dochází ke ztrátě schopností porozumět významu slov, jejich smyslu. S vývojem nemoci dochází ke ztrátě komunikace. V tuto chvíli musíme stále více číst řeč těla a naučit se nové významy skryté za jeho slovy. Čtení z tváře nám často komplikuje skutečnost, že demence jakoby „vymazává“ mimiku z tváře.

Nepoznáme, jaké emoce klient cítí. Hrozí velké riziko, že klient zůstane bez kontaktu.

„Čím více bariér je v komunikaci přítomno, tím více člověk trpící demencí potřebuje pocít, že je přijímán, milován, že je tu někdo, s kým se může cítit v bezpečí. Vztah se však utváří jedinečně skrze komunikaci. Demence vážně ovlivňuje komunikaci na všech úrovních a ovlivňuje i sám vztah mezi nemocným a okolím (či pracovníkem)...“ (Koběřská, P.: Společnou cestou. Praha, Portál 2003. -str. 10)

V knize Společnou cestou přirovnává autorka Petra Koběřská komunikaci k tanci. „Když tančíme, musíme především sledovat jeden druhého, cítit jeho pohyby a odpovídat na ně nejen správnými kroky, ale celým tělem, včetně výrazu tváře. Když se podaří partnerům při tanci výborně sladit, odcházejí obcerstveni, s novou dávkou energie, i když byl tanec náročný na fyzické síly.“ Ale tanec, ve kterém si partneři neseďnou a nesehrají se, nás stojí mnoho sil. To samé platí pro komunikaci s lidmi trpícími demencí. (Koběřská, P.: Společnou cestou. Praha, Portál 2003. -str. 17).

Dalším důvodem, proč se zabývat komunikací je i to, že lidé trpící touto chorobou nedokáží již vyjádřit své potřeby. Tudíž může dojít k tomu, že nebudou dostatečně uspokojováni. Přesto je zde komunikace nelehká, komplikovaná, je jediným prostředkem, jak se o potřebách lidí s demencí dovědět a přiměřeně na ně odpovědět. Musíme vnímat i nepatrné iniciativy vysílané klienty. Půjde hlavně o schopnost dobře odhadnout, co tyto iniciativy znamenají.

Z vědeckých poznatků vyplývá, že při komunikaci s druhými tvoří mluvené slovo jako takové pouhých 7% informace, 38% porozumění je odvozeno z tónu hlasu a 55% ze signálu řeči těla. Většina informací je tedy předávána pomocí držení těla, gestikulace, vystupování, mimických výrazů, melodie a síly hlasu. Jak jsem již popisoval výše, nezbývá nám nic jiného, než stále více číst řeč těla a naučit se číst nové významy skryté za jeho slovy. Je potřeba si uvědomit, že komunikovat lze kdykoliv. Můžeme komunikovat při jídle, mytí, vaření, zábavě. Například u jídla je možné mluvit o vůních a chutích.

Nesmíme zapomínat na to, že lidé postižení demencí, potřebují mít smysl svého života. Musíme tedy za pomoci jejich blízkého okolí zjistit, co mají rádi, co je baví, co je

v jejich možnostech jim dát za úkol. Mohou pomáhat při běžných domácích pracích, nebo čtení z novin. Aby měl pro člověka život smysl, musí v něm plnit nějakou úlohu. Měl by mít pocit užitečnosti a prospěšnosti.

Vzhledem k tomu, že je pro ně často obtížnější porozumět, co jim říkáme, je obzvlášť důležité, kde a jak jim to říkáme. Tito lidé jsou na tyto vlivy mnohem citlivější. Díky poruše pozornosti mohou mít potíže při koncentraci plnění úkolu. Často odbíhají od tématu. Musíme pro ně velmi pečlivě vybrat prostředí, kde nebudou ničím rušeni a rozptylováni. Ruší je i rádio, televize, zpěv ptáků atd. Proto bychom se měli snažit o jejich maximální zeslabení. Může je rušit i světlo nebo nadměrné množství předmětů. Hlasitý nebo vysoký tón v nich zas může vyvolat úzkost nebo napětí. Proto je důležité používat klidný, nižší tón hlasu.

Jak jsem již popisoval, člověk trpící demencí si pamatuje věci z mládí, ale často neví co se dělo před hodinou. Proto bychom jej neustále neměli zkoušet z toho, co měl dnes k snídani nebo co se dělo dopoledne v denním centru. Pokud mu takovou otázku položíme, dáme najevo, že to má vědět a on to neví, tento postup by velmi sváděl k tomu, abychom ke klientovi přistupovali jako k malému dítěti, to v žádném případě není správné. V takové situaci je tedy na místě práce se vzpomínkami, tzv. reminiscence. Pro ně je velmi příjemné vzpomínat na to, co prožili, čím vším byli ve svém životě a čeho dosáhli. Pro klienty je rovněž milé hovořit o předmětech, které si můžou zároveň prohlížet.

I u vzpomínek z minulosti musíme volit vhodnou metodu. Není příliš vhodné se ptát na věci přímo, protože se často vyskytuje porucha mluveného slova a může tedy dojít k nepochopení zadání. Velmi dobrý způsob je například mluvit o našem oblíbeném jídle a klient dodává to, co mu vše chutná, přidává další věci (třeba o vaření). Pokud bychom se ho zeptaly přímo, jistě by často odpověděl, že neví.

Velmi známou zkušeností je, že věci, které se v dětství učil klient nazpaměť, si pamatuje navždy. Na toto je doporučováno při cvičení paměti, začít sám například malou násobilkou a klient se velmi rychle „chytne“ a odpoví na to sám. To samé můžeme zkusit pomocí básničky, vyjmenovaných slov, písničky atd.

Za velmi důležitou zásadu při komunikaci s klientem považují trpělivost. Jako další zásady lze považovat naši snahu o zapojení klientů do běžných denních činností. Podporovat je, aby byli co nejvíce soběstační. Zde je velké nebezpečí v tom, že když uvidíme jak dlouho jim trvá běžná věc a jak velké úsilí musí vynaložit, můžeme mít sklon k tomu udělat to za ně, což není správné rozhodnutí. Je hned několik důvodů, proč mít dostatek trpělivosti a umožnit jim to. Například jim tím pomáháme naplňovat jejich potřebu být užitečný, soběstačný, mít kontrolu nad svým životem, prožít radost z toho, co se povedlo. Posilujeme tím jejich sebeúctu a sebedůvěru.

#### **4.4 Desatero komunikace s klienty se syndromem demence**

1. Při komunikaci omezovat rušivé a rozptylující vlivy prostředí (například televizi nebo rádio), ujistit se, že klient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Klienta povzbuzovat vlídným zájmem, usilovat o vlídné chování a pozitivní výraz. Omezovat prudké pohyby a přecházení, zůstat v zorném poli klienta.
3. Mluvit srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbat odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvám. Používat výrazy klientovi známé a přiměřené. Používat přímá pojmenování, vyhýbat se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla o nichž hovoříme, ukazovat. Pokud klient něco správně nepochopil, snažit se použít jinou formulaci a neopakovat stejná slova.
5. Aktivně navazovat a udržovat slovní kontakt a průběžně ověřovat, zda klient informacím správně porozuměl, důležité údaje psát navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používat dotek.
6. Využívat nonverbální komunikaci, mimiku a dotek a tyto projevy sledovat a umožňovat i u klienta. Být vnímavý k projevům úzkosti, strachu, deprese a bolesti.
7. Dát jasně najevo, pokud odcházíme a zopakovat, zda odcházíme jen na chvíli nebo už komunikace skončila.

8. Nepodceňovat pacienta, komunikaci neomezovat, ale přizpůsobovat klientovým schopnostem. Nemocné se syndromem demence je nutno pečlivě informovat o povaze a důvodu léčebného vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit. Během výkonu s klienty komunikovat a uklidňovat je.
9. Aktivně chránit důstojnost lidí trpících syndromem demence, zabraňovat jejich ponižování a posilovat jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
10. Při komunikaci posilovat orientaci klienta osobou, místem i časem. Klienta oslovovat důstojně jménem, nebo jak si sám on přeje či vyžaduje.

## 5 Praxe v Domově Sue Ryder

Pro svou praxi jsem si vybral Domov Sue Ryder, kde mají dlouholetou zkušenost s taneční a pohybovou terapií u seniorů s rozvinutou formou demence. Většinu praxe jsem trávil v Denním centru – denním stacionáři, protože hodina taneční a pohybové terapie probíhala jednou týdně, vždy ve čtvrtek od 10 hodin asi 45 minut v místnosti hned vedle Denního centra.

### 5.1 O Domově Sue Ryder

#### Organizace

Domov Sue Ryder je obecně prospěšná společnost. Hlavní činností je poskytování sociálních služeb – domova pro seniory, denního stacionáře a osobní asistence. Domov má pestrou historii, která začíná založením Sdružení Domova Sue Ryder, přes rozsáhlou rekonstrukci, až k nabídce širokého spektra služeb nejen pro seniory. Samotné fungování a financování provozu Domova je malým zázrakem, na kterém se velkou měrou podílí profesionální tým, dobrovolníci a všichni přátelé a dárci.

Z výročních zpráv i ze Zpravodaje (časopis Domova Sue Ryder) lze poznat, že v organizační struktuře mají místo i obchůdky Dobré věci, restaurace a kulturní centrum.

#### Sue Ryder ve světě

Rodina je patrně nejvhodnější označení pro neformální seskupení center Sue Ryder - organizací nesoucích jméno zakladatelky či iniciátorky svého vzniku baronky Sue Ryder. Odhodlání pomáhat potřebným, sdílet zkušenosti, spolupracovat s cílem získat prostředky na financování služeb jednotlivých členů je spojujícím motivem pro síť Sue Ryder International. Mezinárodní rozměr spolupráce navazuje na odkaz baronky Sue Ryder.



### Kontakt :

Adresa: Domov Sue Ryder, o.p.s., Michelská 1/7, 140 00 Praha 4 – Michle

Telefon do Domova: (+420) 244 029 111

E-mail: [info@sue-ryder.cz](mailto:info@sue-ryder.cz)

Fax: 244 029 158

### Klienty jsou :

- senioři, kteří jsou v důsledku chronické nemoci či postižení trvale odkázáni na pomoc druhé osoby
- senioři ve svízelné sociální situaci
- senioři, kteří potřebují po přechodnou dobu zvýšenou ošetrovatelskou a rehabilitační péči.

Nejčastějšími nemocemi klientů jsou stavy po mozkové mrtvici s různým stupněm poruchy hybnosti, roztroušená skleróza, choroby kardiovaskulárního systému, degenerativní choroby kloubů, různé formy demence (např. Alzheimerova choroba), atd. Průměrný věk klientů je 86 let.

Domov Sue Ryder není zdravotnické zařízení, a proto přijímá klienty jen ve stabilizovaném zdravotním stavu. Nepřijímá klienty trpící psychiatrickou diagnózou, pokročilejší fází demence či chronickým alkoholismem a toxikománií, TBC, infekčními a parazitárními chorobami.

### Dlouhodobé pobyty

Délka dlouhodobého pobytu v domově pro seniory je časově neomezená.

Co dělat, chce-li klient na dlouhodobý pobyt do Domova Sue Ryder?

- Informovat se o aktuálním stavu volných míst v domově pro seniory.
- Podat si žádost.

O přijetí rozhoduje sociální komise Domova Sue Ryder na základě stanovených pravidel pro přijímání klientů do domova pro seniory. Čekací doba se pohybuje od 6 měsíců do 8 let.

#### Přechodné pobyty

Délka přechodného pobytu v domově pro seniory se pohybuje v rozmezí od 1 týdne do 3 měsíců. Přechodný pobyt je určen seniorům propuštěným po hospitalizaci v nemocnici nebo z jiného léčebného zařízení. Domov těmto seniorům nabízí rekonvalescenci a péči, kterou potřebují na zotavení. Na přechodný pobyt přicházejí také senioři, kteří žijí se svými členy rodiny. Péče o seniora se zdravotními obtížemi může být vyčerpávající a rodina si potřebuje od péče o ně odpočinout (např. odjet do lázní nebo na dovolenou) a načerpat nové síly.

Co dělat, chce-li klient na přechodný pobyt do Domova Sue Ryder?

- Informovat se o aktuálním stavu volných míst v domově pro seniory.
- Podat si žádost.

O přijímání klientů rozhoduje sociální komise Domova Sue Ryder. Čekací doba je závislá na aktuálním stavu volných termínů, cca od 1 týdne do 4 měsíců.

#### Poskytované služby

- Sociální a komplexní ošetrovatelská péče po 24 hodin denně.
- Individuální rehabilitace a další aktivity rehabilitační péče.
- Denní stacionář – denní centrum nabízí skupinové aktivity (tzv. aktivizační programy), např. výtvarné techniky, pečení, keramickou dílnu, trénink paměti a další.
- Sociální poradenství se týká možností dalšího pobytu klienta v jiných zařízeních, kontaktů na další sociální služby podle potřeb klienta a jeho rodiny.

- Kulturní a vzdělávací aktivity v kulturním centru. V klidném prostředí kulturního centra mají klienti možnost setkávat se s veřejností v prostorách kaple, knihovny, restaurace, divadelního sálu, galerie , obchodu Domova S.R. nebo v parku.
- Bohoslužby se konají pravidelně každé úterý v ekumenické kapli domova.

### Ubytování

Domov pro seniory je situován v přízemí a prvním patře budovy. Administrativně je rozdělen na dvě oddělení s kapacitou 56 míst pro klienty.

Celý objekt je řešen důsledně bezbariérově. Pokoje jsou prostorné, převážně dvou a jednolůžkové, 2 pokoje jsou čtyřlůžkové a 3 třílůžkové. Koupelna a WC jsou zpravidla jejich součástí, případně v bezprostřední blízkosti pokoje. K dispozici je rovněž 5 garsoniér pro klienty s větší mírou soběstačnosti.

Vícelůžkové ložnice mají pro zachování intimity u lůžek závěsy, či mobilní skládací paravány. Vybavení pokojů, koupelen a toalet v maximální míře podporuje soběstačnost (madla, polohovací stolky, polohovací lůžka, apod.) a zároveň působí domácím dojmem.

Oddělení mají své denní místnosti - jídelny, přístup přímo do parku, nebo na sluneční terasu. V části parku jsou stoly pro bezbariérové zahradničení.

### Rehabilitace

Individuální rehabilitace je poskytována klientům podle možností Domova, lékařského doporučení a na základě dohody s klientem a jeho rodinou.

Další aktivity spadající do rehabilitační péče:

- Kondiční skupinové cvičení se koná 3x týdně. Je určeno klientům, kteří jsou schopni samostatného sezení na židli.
- Sportovní hry se konají 1x týdně. Jsou určeny pro mentálně schopné klienty. Probíhají zde různá sportovní klání, zároveň tato aktivita funguje jako společenský klub, kde se klienti mohou setkat, seznámit se a probrat společná témata.

- Tanečně-pohybová terapie probíhá 1x týdně. Asistenti, kteří vedou tuto terapii jsou vyškoleni tanečním mistrem panem Veletou. Tato aktivita je určena pro klienty s rozvinutou formou demence.
- Zpívání v kapli probíhá 1x týdně. Je určeno pro klienty, kteří si rádi zazpívají. Jedná se o formu dechového cvičení.

### **5.1.1 Denní centrum – denní stacionář**

Denní stacionář Domova Sue Ryder poskytuje služby seniorům, kteří žijí ve vlastních domácnostech či se svými rodinami a potřebují pomoc s řadou běžných činností. Docházejí do Domova Sue Ryder, aby zde strávili část dne ve společnosti svých vrstevníků. Klienti stacionáře se účastní různých skupinových aktivit, akcí a výletů, které jim napomáhají zlepšovat jejich fyzický i psychický stav. Stacionář je umístěn hned vedle galerie, kaple a Obchodu Domova Sue Ryder - míst, která jsou otevřena návštěvníkům z okolí. Každý může přijít na výstavy, koncerty nebo si nakoupit a přispět tak na péči o seniory v Domově. Na obědy klienti stacionáře docházejí do restaurace Michelský dvůr v areálu Domova Sue Ryder.

Denní stacionář je určen seniorům se sníženou soběstačností z důvodu věku či zdravotního stavu, kteří potřebují péči nebo společnost druhé osoby.

Podmínky přijetí klienta do Denního stacionáře:

- schopnost klienta zapojit se do kolektivu a do skupinových aktivit
- soběstačnost v základní sebeobsluze (při příjmu potravy, použití toalety)
- alespoň částečná pohyblivost, orientace v čase, místě a prostoru (tak, aby byl žadatel sám schopen pohybovat se v prostorách denního stacionáře, dopravit se na toaletu a do restaurace)
- stabilizovaný zdravotní stav žadatele
- souhlas žadatele, vyplněná žádost o pobyt v Denním stacionáři, uzavřená smlouva o poskytnutí sociální služby

Čekací doba přijetí se řídí množstvím zájemců v evidenci žadatelů o službu Denního stacionáře. Tým Denního centra tvoří Bc. Kateřina Grušová – ergoterapeutka, která je zároveň vedoucí stacionáře, Mgr. Anna Gabrielová a Iva Čerychová.

### Týdenní rozvrh

Rozvrh jednotlivých aktivizačních programů:

DEN	DOPOLEDNE (10:00 - 11:45)	ODPOLEDNE (15:00-16:00)
<b>PONDĚLÍ</b>	Kondiční cvičení	Výtvarné techniky
<b>ÚTERÝ</b>	Kondiční cvičení	Trénování paměti
<b>STŘEDA</b>	Kondiční cvičení	Pečení
		Kavárna - lichý týden
		Kulturní odpoledne – sudý týden
<b>ČTVRTEK</b>	Kondiční cvičení	Keramika
<b>PÁTEK</b>	Kondiční cvičení	Trénování paměti
		Práce s knihou

[www.sue-ryder.cz](http://www.sue-ryder.cz)

### Aktivity a péče

Posláním denního stacionáře je zajistit klientům péči vedoucí k udržování a zlepšování jejich fyzického i psychického stavu.

Denní stacionář nabízí polodenní a celodenní pobyty zpestřené aktivitami, jako jsou výtvarné techniky, trénování paměti, kavárnička, keramika, pečení, kulturní odpoledne, doplňkové aktivity (např. zooterapie), dále pořádá nepravidelné akce - výlety a různé kulturní akce. Pracovníci denního stacionáře rovněž zajišťují stravu (oběd, svačiny), dopomáhají při sebeobsluze, asistují při programech. Dále poskytují sociální poradenství a

pomáhají klientům při uplatňování jejich práv. Aktivity denního stacionáře jsou skupinové. Některé jsou více oddychové, jiné jsou zaměřené na procvičování paměti nebo hybnosti rukou. U všech aktivit klientům pomáhají asistenti a přizpůsobují program podle jejich možností, tak aby se všichni mohli seznámit s různými zajímavými činnostmi.

### Keramika

Keramika je čtvrtěční program, na kterém mají klienti možnost vytvářet a modelovat výrobky pro sebe a pro své blízké. Během samotného tvoření je všem nabízena asistence. Práce s hlínou je příjemná a dostupná každému. Snadno se dá z ní vytvořit pěkný hrnek, miska, obrázek, váza nebo i postavička. Zpracování hlíny působí také příznivě na jemnou motoriku. Keramickou dílnu navštěvují i nevidomí a slabozrací klienti, kteří dokáží modelovat pomocí hmatu. Díla, která vznikají, jsou ojedinělá a originální.

Klienti si své výrobky mohou nabarvit (naglazovat). Za menší finanční obnos si mohou klienti své výrobky zakoupit.

### Trénování paměti

V úterý a v pátek se mohou klienti zúčastnit skupinového trénování paměti. Toto cvičení probíhá zábavnou formou a je přístupné všem klientům. Zhruba hodina, která je pro cvičení paměti určena, má svá pravidla. A tak prostřednictvím nejrozličnějších tématiky zaměřených slovních her, rébusů, křížovek a tajenek procvičují klienti krátkodobou i dlouhodobou paměť. Trénují i pozornost a koncentraci, rozhodování, logické myšlení, formulování, uvažování, znovu-poznávání a vnímání. Klienti také musí spolupracovat s ostatními, někdy se naopak snažit nenapovídat, musí mít trpělivost a soutěživého ducha.

### Pečení

Mezi nejoblíbenější programy patří středeční pečení, kde klienti společně připravují moučníky, koláče, slané tyčinky, řezy a další zákusky. Na pečení se podílí každý klient. S pečením má většina klientů mnohaleté zkušenosti a díky tomuto programu si klienti zachovávají samostatnost v mnohých činnostech, které pečení obnáší. Klienti si pojmenují suroviny, vybaví si chuť jídel, rozeznávají koření čichem, radí, jak pracovat či co péci.

### Kavárnička

Ve středu odpoledne jednou za 14 dní (vždy v lichý týden) pořádají kavárničku, na které se scházejí klienti Denního stacionáře s klienty z lůžkového oddělení Domova Sue Ryder, aby ochutnali výsledek dopoledního pečení. Pokud mají klienti zájem, dostanou recept na moučník, který ochutnají. V závěru kavárničky zpívají jejich oblíbené písně.

### Výtvarné techniky

Pondělní výtvarné techniky přizpůsobují klientům tak, aby práce na vytváření jejich vlastního výrobku byla smysluplná a měla praktické uplatnění. Vytvářejí jak předměty k užitku, tak i obrázky na výzdobu Domova. Klienti při tomto programu mohou realizovat své představy a dávat jim konkrétní podobu. Své opodstatnění zde má i výběr a používání barev a jejich pojmenování. Příkladem výtvarných technik je barvení květináčů, nejruznější koláže (z papíru, přírodnin, látek, vln atd.), výroba svíček, voskové obrázky, hedvábné šátky atd. Při vytváření konkrétního výrobku si klienti zvolí, co chtějí vyrábět a jak případný výrobek použije.

### Doplňkové aktivity

Zooterapie je založena na přímém kontaktu člověka se zvířetem. Na seniory působí velmi blahodárně, když se dotýkají živého tvora. Díky zvířatům mohou klienti čerpat sílu a nacházet klid. V Denním stacionáři mají králíka Mucinku, morče Dorotku a vodní želvy Romeo a Julii. Všichni jsou součástí dne Denního stacionáře.

Denní stacionář připravuje i jednorázové společenské a kulturní akce. Jsou to programy související s ročním obdobím či tradicemi. Při mikulášské besídce klienti dostávají dárky a společně zpívají lidové písně. Vánoční setkání je posezení všech klientů, kteří se účastní vánočního programu se zpíváním koled. Silvestrovská oslava je společenské setkání všech klientů ve vtipném převleku.

## 5.2 Vlastní činnost v Denním centru – denním stacionáři

Na mé průběžné praxi (6.2.2009-17.4.2009) jsem se zúčastnil všech aktivit, tedy kromě různých výletů, které centrum nabízelo pro své klienty. Při aktivitách jsem asistoval klientům a pozoroval je, jak se jim daří. Při jednotlivých přestávkách jsem se snažil vést s klienty vždy rozhovor hlavně o činnostech a o fungování Denního centra. Klienti mi samozřejmě vyprávěli mnoho příběhů z jejich bohatého života.

Aktivít se v centru zúčastňovaly z 90% ženy. Bylo to dáno hlavně klientelou z ubytovacího zařízení Domova Sue Ryder, která tvořila většinu v Denním centru a také faktem, že v naší populaci je více vdov než vdovců, kteří se cítí osamoceni a vyhledávají právě tyto služby. A podle zaměstnanců zařízení, nemají muži o kreativní činnosti tak velký zájem jako dámy.

Několikrát jsem v Denním centru vedl program sám. Většinou na začátku dne, kdy bylo na programu kondiční cvičení. Snažil jsem se do cvičení zapojit prvky z taneční a pohybové terapie a podle rozhovoru s klienty se jim to moc líbilo. Myslím, že to bylo dáno tím, že pro klienty to bylo něco nového než na co byli zvyklí. Podle vedoucí centra, slečny Kateřiny Grušové, uvažují i o tom, že by zavedli tanečně-pohybovou terapii do programu týdenních aktivit.

### Ukázka použitých technik :

*Tanec v sedě* – Tento tanec se provádí při hudbě, v sedě v kroužku a to proto, že jsem vycházel z možností většiny klientů. Klienty jsem nejprve zkoušel vést a po chvíli je nechal, ať si sami zvolí vlastní pohyby. Oslovil jsem nejprve méně pohyblivé klienty, ať zkusí předvést nějaký taneční pohyb, a od těch více mobilních jsem žádal, aby tento pohyb obohatil dalším pohybovým prvkem a tak jej rozvedli. Tanec má za cíl aktivizaci klientů a zlepšení momentálního psychického stavu.

*Plachta s míči* – Klienti sedí v kruhu a oběma rukama drží plachtu, mírně prověšenou, ve které jsou umístěny míče. Ke hře může hrát nějaká klidná hudba. Klienti mají za úkol udržet míče v neustálém pohybu. Cvičení se dá ještě ztížit tak, že se musí ještě plachtou otáčet po směru hodinových ručiček. Hra je dobrá pro zlepšení citu a koordinace, pro



zlepšení týmové práce mezi klienty.

*Tleskání* – Vedoucí (terapeut) nejprve klientům sdělí, že si budou vymýšlet skupinový rytmus, který vyjádří tleskáním, hlasem a pohybem, budou nějakou chvíli improvizovat. Každý nejprve vytleská vlastní rytmus, pak se k tomuto rytmu snaží přidat ten, kterým je ze svého okolí ovlivněn, který vyjádří hlasem nebo zvukem z úst. K tleskání se také může přidat dupání. Cílem je zlepšení soběstačnosti a dobrého odhadu a výběru.

Během mé osmdesáti hodinové praxe v centru jsem také připravoval program pro trénink paměti nebo recepty pro středeční pečení, které asi bylo nejvíce navštěvovanou aktivitou centra.

V centru, jak jsem již zmiňoval, tvořilo většinu klientů z ubytovacího centra, než těch, kteří docházeli pouze na aktivity do Denního centra. Myslím, že to bylo dáno poměrně vysokou cenou za službu (celodenní pobyt 297,-Kč bez stravy), kterou si může dovolit jen málokterý senior.

Před pěti lety jsem měl tu možnost nahlédnout do podobného centra ve Velké Británii, tam byl standardem odvoz klientů z domova do centra a zpět. Kdyby Denní stacionář poskytoval tuto službu, jistě by se počet klientů zvýšil. Jinak musím podotknout, že v Denním centru pracují lidé na vysoké profesionální úrovni a také vybavenost centra je velice kvalitní.

## **6 Taneční terapie s klienty postižených demencí**

V zařízení začali s pravidelnou taneční terapií v listopadu roku 2007. Před tím již několik let zde probíhala v nepravidelných cyklech. V Domově Sue Ryder byla na programu tanečně-pohybová terapie vždy ve čtvrtek od půl jedenácté. Klientelu tvořily imobilní klienti s těžkou demencí. Podle terapeutů však byla taneční terapie naplánována nevhodně, protože klienti byli po dopoledním koupání a byli unaveni.

Terapeuti taneční terapie byli zaměstnanci zařízení školeni tanečním mistrem Petrem Veletou, který právě v době mé praxe školil další zaměstnance. Mně však nebyl tento výcvik umožněn, tak jsem se zúčastnil jen některých ukázkových hodin.

### **6.1 Ukázková hodina taneční terapie – pozorování a asistence**

S předstihem jdu terapeutkám pomoci s přípravou místnosti. Do kolečka rozmistujeme 6 židlí pro dvě terapeutky, jednu fyzioterapeutku, dvě ošetřovatelky a mě. Mezi židlemi se nechává vždy mezera pro klienty, protože jsou všichni na invalidním vozíku. V místnosti je tedy 5 pracovníků, 6 klientek a já. Jedna z terapeutek vždy hodinu vede a druhá asistuje. Další týden si zase role vymění. Až jsou všichni na svých místech, může hodina tanečně-pohybové terapie začít. Asistenti vždy vedou klienta a názor ně mu ukazují, co přesně má dělat nebo mu s činností pomáhají.

1. Privítání vedoucí terapeutky se všemi v místnosti. Terapeutka požádá, aby se každý pozdravil se svým sousedem.
2. Za tónů pomalé, klidné hudby (keltské flétny) následuje malé protažení – hluboké dýchání, otáčení hlavy ze strany na stranu, zvedání ramen, nohou a kolen nahoru a dolů.
3. Po rozcvičení a protažení můžeme pustit nějakou živější hudbu (např. kankán nebo pochod). Rozdáme klientům šátky. Ty můžeme využít jako vodící oj mezi klientem

a asistentem – „řezání pilou“- asistent i klient se drží šátku a oba pohybem rukou předvádějí řezání pily. Asistent vede klienta. S šátkou může ještě klient točit a mávat kolem sebe a snažit se, aby byl šátek stále v pohybu.

4. Na stejně svižnou muziku následuje tanec na vozíku. Terapeut vyzve jednotlivé klienty, aby si s nimi zatančil. Poté následuje tanec za pomoci asistentů, kdy klienti v pohybu vozíku se snaží spontánně hýbat rukama do rytmu hudby
5. Na závěr si můžeme zazpívat společně pár lidových písní – výběr je lépe nechat na klientech. Potom terapeut poroší, aby se klienti pozdravili mezi sebou a s každým zvlášť se rozloučí.

Asistoval jsem a zároveň i prováděl pozorování asi u deseti takovýchto hodin. Co mě dost překvapilo, bylo to, že v hodinách byly přítomny jen dámy. A to jak mezi klienty, tak mezi asistenty. Podle terapeutů nemá u klientů taneční a pohybová terapie oblibu a účast prý nikdy nebyla velká. Je to i tím, že v Domově Sue Ryder je špatná komunikace mezi jednotlivými odděleními.

Myslím že je dobře, že se zařízení zaměřuje zejména na tuto část klientů, u nichž je aktivizace jiným způsobem téměř nemožná. Jejich zdravotní handicap jim nedovoluje komunikovat s okolním světem běžnými prostředky – slovy, gesty, náznaky. Žijí ve svém světě, do kterého nám dovolují nahlédnout jen málo. A proto jsem vděčný, že jsem do tohoto světa mohl alespoň trochu nahlédnout.

Terapeuti několik týdnů před začátkem mé praxe dokončili výzkum, kdy zkoumali, jaký má vliv tanečně-pohybová terapie na klienty. Vedli videorozhovory s klienty vždy před hodinami taneční a pohybové terapie, hned po skončení, dvě hodiny poté a následující den. Sbírali informace od fyzioterapeutů, ošetřujícího personálu i od rodin klientů. Podle jejich slov výsledek skončil pod jejich očekávání. Možná od tanečně-pohybové terapie čekali zázraky. Ale výsledek byl každopádně kladný a ukázal tak, že taneční a pohybová terapie má blahodárný vliv na klienty se syndromem demence.

## 6.2 Vedení hodiny taneční terapie – Projekt

V Domově Sue Ryder mi bylo nabídnuto a umožněno vyzkoušet si vést jednu hodinu taneční terapie. Byl jsem potěšen, proto jsem vlastně na praxi přišel a nabídku jsem bez váhání přijal. Doma jsem si důkladně naplánoval přípravu pomůcek a výběr vhodné hudby. Do místnosti jsem přišel s časovým předstihem, abych si vše mohl připravit. Před začátkem hodiny jsem byl trochu nervózní, nevěděl jsem, jak budou reagovat klienti, když hodinu taneční terapie povede někdo jiný, než na koho jsou zvyklí. Tréma však ihned po začátku opadla. Na hodinu přišlo 5 klientů a 4 asistenti.

1. Hodinu jsem začal mým představením, přivítal jsem všechny klienty. Sdělil jsem jim, co se bude v následujících 45 minutách odehrávat.
2. Procvičování jsem začal bez hudby, klientům předváděl, co mají dělat za pomoci asistentů. U toho jsem vyprávěl dětské říkanky s tím, že kdo chtěl mohl se ke mně v říkankách přidat. Začínal jsem protažením hlavy, pomalými pohyby ze strany na stranu. Poté následovalo protažení končetin.
3. Prohřívání probíhalo za tónů relaxační hudby Kadael. Prohřívání je tření dlaní o sebe a přikládání na různá místa na těle (obličej, stehna, ramena..). Asistenti mohou provádět prohřívání klientům.
4. Tancování s hudebními nástroji. Asistentům jsem rozdál hudební nástroje (dřívka, bubínek, rolničky, rumbu a činelky) a s jejich pomocí klienti za poslechu hudby (swing) na nástroje hráli. Já jsem vždy vyzval jednoho klienta k tanci, kterého jsem provedl po místnosti a uprostřed kolečka, které tvořili klienti, jsem s každým tancoval. Byla to snaha o to, co nejvíce klienta aktivizovat a rozhýbat – mávání rukama a nohama předklánění se do rytmu swingových melodií.
5. Když se všichni klienti vystřídali, tak jsem tancování ukončil a poprosil asistenty, aby klientů dali napít. Po krátké pauze následovalo závěrečné zpívání, které mají klienti ze všeho nejraději. Zpívali jsme lidové písně.

6. Nakonec jsme se všichni rozloučili, já poděkoval všem přítomným za příjemně strávených 45 minut a za jejich milou pozornost.

Po skončení hodiny jsem terapeutky, které hodině byly přítomny požádal o zpětnou vazbu a o mé hodnocení. Odpověděly mi kladně. Prý jsem si vedl na výbornou. Jen mě mrzelo, že jsem se nemohl v zařízení zúčastnit kurzu taneční terapie se seniory pod vedením pana Petra Velety. Vedoucí sociální pracovnice se mi za to omluvila, i když mi před tím slíbila, že se kurzu můžu zúčastnit. Odůvodnila to tím, že lekce jsou určeny jen stálým zaměstnancům Domova Sue Ryder. Svou práci jsem nemohl podložit kauzuistikami klientů, ohledně ochrany dat klientů. Potřeboval bych totiž souhlas klientů nebo souhlas jejich zákonného zástupce.

Praxe byla pro mě vysoce přínosnou a nesmírně obohacující. Tyto zkušenosti jsou pro mě k nezaplacení. Pracovníci Domova Sue Ryder mi ve všem vyšli vstříc. Chtěl bych jim touto cestou ještě jednou za vše poděkovat.

## **Závěr**

Bakalářská práce mi pomohla nahlédnout do moderní práce terapeutických technik jako jsou taneční a pohybová terapie, muzikoterapie, dramaterapie, arteterapie a jiné. Povedlo se mi to díky dnes už dobře dostupné literatuře a hlavně díky mé osobní zkušenosti na praxi.

Psaní seminárních prací mi vždy činilo značné problémy, především v tom, jak správně zformulovat všechny myšlenky a nápady na papír a zachytit je v písemné podobě. Musím přiznat, že i vedoucí mé práce, Mgr. Hanu Dotřelovou, to stálo zajisté spoustu času, úsilí a nervů. Velice mě inspirovala svým klidným přístupem a citem pro věc.

Se svou praxí jsem byl ve velké míře spokojen, zejména s tím, že mě zaměstnanci zařízení podporovali v taneční a pohybové terapii a poskytli mi tak nejlepší podmínky pro mou práci. Za celou dobu jsem nikterak nelitoval toho, že jsem se rozhodl pro tuto variantu mé práce, i když ne vždy mé praktické výsledky přinášely očekávané ovoce.

Myslím, že má práce je také osobní, protože jsem se do ní snažil zapojit vlastní myšlenky i pocity, které jsem na praxi získával. Nevím, zda je to dobře nebo ne, ale chtěl jsem hodnověrně podat obraz o průběhu získání nových zkušeností. Věřím, že dopsáním této práce mé setkání s novými terapeutickými metodami nekončí a budu mít možnost navázat na své dosavadní zkušenosti.

Byl bych nesmírně rád, kdyby čtenáři této práce byli obohaceni o nové vědomosti z oblasti taneční a pohybové terapie a získali určitý pohled na možnosti využití tohoto oboru při práci s klienty.

## Seznam použité literatury

- BLÍŽKOVSKÁ, J. *Úvod do taneční terapie*. Brno: Masarykova univerzita, 1999. ISBN 80- 210-2100-4
- ČÍŽKOVÁ, K. *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-547-7
- GRAFFOVÁ, CH. *Koncentrativní pohybová terapie*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-63-4
- KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: IDV PZ, 2000. ISBN 80-7013-319-8
- KOBĚŘSKÁ, P. a kol. *Společnou cestou*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-981-X
- KOUKLÍK, F., JIRÁK R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-716-8
- PAYENOVÁ, H. *Kreativní pohyb a tanec*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-23-13-0
- PORTMANNOVÁ, R., SCHNEIDEROVÁ, N. *Hry zaměřené na zvýšení koncentrace a uvolnění*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-87-9
- RHEINVALDOVÁ, R. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8
- ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-264-5
- ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8
- VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1819-4
- VELETA, P., HOLMEROVÁ, I. *Úvod do taneční terapie pro seniory*. Praha: ČALS, 2002. ISBN 80-86541-07-X

Časopisy :

ARTETERAPIE – II/6, červen 2004. ISSN 1214-4460

GENERACE – 4, srpen 2008. ISSN 1213-7626

Internetové stránky :

[WWW.ALZHEIMER.CZ](http://WWW.ALZHEIMER.CZ)

[WWW.SUE-RYDER.CZ](http://WWW.SUE-RYDER.CZ)

[WWW.TAJCI.CZ](http://WWW.TAJCI.CZ)



## **Seznam příloh :**

Příloha č.1 - Fotografie z taneční terapie v Domově Sue Ryder

## Příloha č.1

